43e Année — N° 10. Vendredi 6 Mars 1896.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Rhinologie : Le coryza à répétition (Pathogénie, traitement), par le Dr Mounier, 145. — **Bibliographie** : Technique de l'exploration oculaire, par le Dr L. Vignes, 148. — Formulaire des médications nouvelles, par le Dr H. Gillet, 149. — **Académie des sciences** : *Séance du 17 février*. — Présidence de M. Cornu, 149. — Le travail musculaire n'emprunte rien de l'énergie qu'il dépense aux matières albuminoïdes des humeurs et des éléments anatomiques de l'organisme, 149. — Sur la cause de l'invisibilité des rayons de Rœntgen, 149. — **Académie de médecine**: *Séance du 3 mars* 1896. — Présidence de M. Hervieux, 150. — Rhinoplastie par la méthode italienne, 150. — Guérison de la luxation congénitale de la hanche par l'intervention sanglante, 151. — Grossesse tubaire double avec un seul sac, 151. — Commission des prix pour 1896, 151. — **Société médicale des hôpitaux**: *Séance du 21 février*. — Présidence de M. d'Heilly, 152. — Déformation congénitale, 152. — Appendicite familiale, 152. — Topographie du zona, 152. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 27 février*. — Présidence de M. Besnier, 153. — Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de calomel, 153. — Injection d'huile de bi-iodure de mercure, 154. — Traitement de la syphilis au dispensaire municipale de la ville d'Alger, 154. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance de décembre* 1896. — Présidence de M. Hallé, 154. — **Société de Chirurgie** : *Séance du 4 mars* 1896. — Présidence de M. Ch. Monod, 154. — Sérothérapie dans le tétanos 154. — Des adhérences du péritoine à la symphyse dans la taille hypogastrique, 154. — Déplacement traumatique du nerf cubital en avant de l'épitrochlée, 155. — Fibrômes utérins traités par la laparotomie. Hystérectomie partielle ou totale, 156 — Luxation ancienne de l'épaule réduite au bout de 2 mois 1/2 depuis 7 mois, 156. — Luxation de l'épaule compliquée de fracture de l'humérus. Arthrotomie, réduction de la tête à ciel ouvert. Guérison opératoire avec retour limité des mouvements fonctionnels, 156. — Appendice non perforé, réséqué, production d'abcès, 156. — Luxation de l'extrémité supérieure du radius, 156. **Memento pratique** : Traitement de la diarrhée infantile, 156. **Variétés** : La médecine au Japon, par M. le Dr Christian, 156. — **Nouvelles**, 157. — **Bulletin bibliographique**, 160.

RHINOLOGIE

Le coryza à répétition (Pathogénie, traitement)

Par le Dr Mounier

Il est dans la pathologie bien peu d'affections aussi banales que le coryza, il n'en existe pour ainsi dire pas qui frappe autant de sujets; elle devrait donc être bien connue, et un traitement approprié aurait dû depuis longtemps lui être opposé.

Il n'en est pourtant rien, et ces poussées aiguës souvent à répétion, dont nous savons tous les pénibles effets, ont eu cent traitements divers et un remède unique du coryza n'existe pas. Nous ajouterons qu'en raison de la nature de cette affection et des variétés qu'elle présente, il est même impossible qu'il en soit autrement.

Cependant les affections catarrhales récentes ou anciennes des fosses nasales sont parfaitement guérissables, mais elles doivent avoir chacune une médication propre, en rapport avec les troubles qui les produisent.

Pathogénie. — Pendant longtemps, on n'a vu dans la congestion de la muqueuse nasale (larmoiement, secrétion exagérée, éternuments) que les manifestations locales d'un mauvais état général, arthritique, lymphatique, etc. ; plus tard, avec les études nouvelles et les examens du nez sérieusement faits au speculum, on a cru trouver dans les modifications pathologiques de la muqueuse pituitaire toute l'explication des affections catarrhales du nez.

Chaque camp a traité ses malades suivant la pathogénie qu'il croyait bonne, et si pour les uns les diathèses ont été l'ennemi à combattre, les rhinologistes ont usé exclusivement des cautérisations et des modifications profondes de la muqueuse nasale, toutes les fois qu'elle leur semblait malade.

On est allé trop loin des deux côtés, et cet exclusivisme n'est guère de mise dans une affection dont l'étiologie semble, en certains cas, relever autant de l'état général que de l'état local.

Pour nous, la cause première du coryza à répétition doit être recherchée dans l'état général du sujet, et ce n'est que secondairement, sous l'influence de congestions répétées, de troubles secrétoires fréquents, qu'apparaissent les désordres du côté de la pituitaire. A ce moment seulement la lésion nasale a une part, et souvent la plus grosse, dans les accès de rhinite, et un traitement *local* énergique de tous les points malades de la muqueuse est absolument nécessaire.

Les causes occasionnelles qui viennent développer la maladie sur le terrain préparé peuvent être nombreuses. En première ligne doivent être notés : l'humidité, les changements de température, le froid aux pieds ; puis les principes irritants portés au contact de la muqueuse : le tabac à priser, la fumée du tabac, le pollen de certaines graminées ou de fleurs, les poussières et vapeurs de toute nature.

On doit signaler aussi l'influence des maladies aiguës infectieuses, la rougeole en particulier, comme point de départ fréquent de rhinite chronique ; nous voyons même le coryza chronique d'emblée, avec lésions intenses de la muqueuse consécutivement à ces maladies. On ne doit pas oublier, non plus, que les végétations adénoïdes, par la gêne qu'elles apportent à la circulation sanguine des voies respiratoires supérieures, favorisent considérablement, surtout chez les enfants la stase sanguine dans le nez et contri-

buent dans une large part à l'hypertrophie des cornets et à la rhinite chronique consécutive. Il faut enfin noter l'influence des abus vénériens sur l'hypertrophie des cornets ; nous connaissons, à ce sujet, des malades qui ont de l'enchifrènement après chaque rapport sexuel, tant il y a d'affinité entre les tissus caverneux du bulbe de l'urèthre et le tissu érectile de la pituitaire.

Certains malades présentent une simple hypertrophie des cornets, passagère même pour devenir ensuite chronique. C'est dans cette *première phase* qu'on voit des patients, à l'examen dans le cabinet du médecin, s'étonner du rétablissement subit de la liberté de la respiration nasale ; ces sujets sont des nerveux, des neuro-arthritiques à cornets érectiles. Leur muqueuse turgescente s'est subitement affaissée sous le coup de l'émotion, et pour expliqver ce phénomène, on ne doit pas oublier que les cornets présentent une grande richesse en tissu érectile.

A la *deuxième phase*, l'obstruction nasale est au contraire permanente; les tissus légèrement indurés se laissent moins bien déprimer au stylet, et on observe même la phase de dégénérescence polypoïde où des portions de pituitaire, surtout sur le cornet inférieur, prennent l'aspect framboisé en formant des masses largement pédiculées.

Ce qui frappe surtout à l'examen rhinoscopique, c'est le gonflement du cornet inférieur qui remplit tout le méat et vient prendre contact avec la cloison. La couleur de la muqueuse est rouge, quelquefois grisâtre.

Les cornets ne sont pas les seules parties du nez qui peuvent être malades. Du côté de la cloison et du plancher des fosses nasales, on observe aussi de la turgescence avec de la rougeur. C'est surtout au niveau des points de malformation de la cloison (épine, déformation en masse) que la muqueuse en saillie vers les cornets, et exposée à un continuel contact, est rouge et vasculaire. Ces épines sont, en bien des cas, l'unique cause nasale du coryza à répétition ; elles doivent être enlevées avant toute autre intervention sérieuse dans le nez.

Telles sont les grosses lésions nasales qu'on observe dans le coryza chronique, mais il faut bien savoir que certaines parties de la muqueuse ont, pour ainsi dire, leur pathologie spéciale. C'est ainsi que dans les modalités du coryza nous allons relever des lésions de la pituitaire, spéciales à chacune.

Modalités. — *Coryza à répétition* (coryza chronique pur). — Nous avons ici la forme banale, bien connue, le rhume de cerveau vulgaire à répétition, avec chatouillement du nez, sécheresse et picottement de la gorge, éternuements répétés et sécrétions quelquefois continues de liquide filant, limpide au début, purulent dans les jours qui suivent, quand la période inflammatoire est tombée. A ces symptômes se joignent de la céphalalgie frontale par participation des sinus frontaux et de la gêne de la respiration par gonflement des cornets.

Comme conséquence de ces troubles profonds de la physiologie nasale, la perte momentanée du goût et de l'odorat est souvent complète, le sommeil troublé et la diminution de l'audition très notable par turgescence et obstruction de l'orifice pharyngien des trompes d'Eustache. Au bout de 12 à 24 heures, l'écoulement aqueux cesse, la respiration nasale se rétablit et le malade mouche, avec douleur, un muco-pus jaunâtre ; cette douleur est provoquée par les excoriations que la sécrétion abondante et irritante du début a provoquées au vestibule du nez.

La rhinoscopie antérieure montre une muqueuse rouge, gonflée, touchant par places la cloison et obstruant plus ou moins complètement les méats; le tout est luisant, visqueux, avec des tractus blanchâtres allant de la cloison aux cornets.

Le degré de lésion de la muqueuse est en raison directe de la durée de la maladie. Chez les sujets atteints depuis longtemps, on observe des hypertrophies volumineuses qui demandent une intervention radicale.

Telle est la marche générale de la poussée dans le coryza à répétition ; cela constitue une attaque, et elles vont se répéter à l'occasion des causes les plus futiles en apparence, car le terrain est préparé à la fois et par l'état général et par l'état local qui sera de plus en plus mauvais.

C'est à cette période, où les récidives ne se comptent plus, qu'on peut observer les complications du côté des oreilles (catarrhe simple tubaire, otite moyenne catarrhale ou purulente) et du côté des cavités accessoires du nez (sinusites frontale, maxillaire, ethmoïdale).

Rhinite vaso-motrice (ou accès d'éternuements matutinaux). Il ne faut pas croire que tout coryza évolue classiquement en finissant par la purulence, ce serait bien mal connaître toutes les modalités de cette affection peu grave en elle-même, mais si pénible.

Dans la *rhinite vaso-motrice*, presque chaque matin au réveil, par série de quelques jours, avec des rémissions de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, le sujet est pris d'éternuements répétés (10, 20 de suite). Il se produit comme dans le coryza vrai une sécrétion abondante claire filante, le malade en salira plusieurs mouchoirs. La respiration nasale est impossible par moments, puis l'instant d'après c'est une narine qui se débouche pour être bientôt obstruée à son tour sans que rien puisse expliquer ces variantes brusques de congestion et de décongestion. Il existe une sensation de plénitude dans la tête, avec céphalalgie frontale d'intensité moyenne, et deux ou trois heures après, les phénomènes qui ont

été en s'amoindrissant, laissent le malade avec un peu de vide dans les idées. Vers le milieu du jour tout est fini.

Nous sommes bien loin ici du coryza aigu franc ou des poussées du coryza à répétition. Nous avons affaire à une fluxion véritable de la muqueuse, se produisant sans causes appréciables chez les neuro-arthritiques; elle sert d'intermédiaire entre les poussées de coryza franc et la *rhinite spasmodique* qui, elle, n'apparaît qu'à certaines périodes de l'année, au moment où le pollen des graminées vient irriter la muqueuse nasale.

Ce petit accès matinal se voit quelquefois chez les asthmatiques, mais si on intervient à temps sur la muqueuse nasale, on évite à ces malades des accès de fièvre des foins.

L'examen rhinoscopique laisse voir chez ces sujets une hypertrophie d'un ou des deux cornets inférieurs plutôt en son milieu qu'en tête ou en queue, ou une épine de la cloison venant au contact des cornets. Mais ce qui est très marqué, et explique bien *les crises d'éternuements*, c'est l'augmentation de volume du cornet moyen, soit en masse, soit sous forme d'hypertrophie, qui vient frotter contre la cloison (au moment où il est gonflé), précisément dans la partie supérieure qui est d'après nos observations un des points où les contacts les plus légers provoquent ce réflexe.

Rhinite spasmodique. Cette variété de coryza à répétition présente deux types :

Le 1er est la rhinite spasmodique simple ;

Le 2e la rhino-bronchite spasmodique, ou asthme d'origine nasale.

La rhinite spasmodique simple comprend elle-même deux types cliniques :

La fièvre des foins (type saisonnier), la rhinite spasmodique pure (type apériodique).

Dans l'un comme l'autre cas, une cause extérieure manifeste détermine les accès. C'est le pollen de certaines graminées au printemps en Europe, le pollen de certaines fleurs à l'automne en Amérique qui produit la crise de fièvre des foins. Les poussières (farine, lypocode, ipéca) amènent la rhinite spasmodique, et certains individus ont une susceptibilité incroyable à voir leur accès revenir sous l'influence des mêmes odeurs.

Il faut avoir observé des malades en pleine crise de rhinite spasmodique, pour comprendre tout ce que cette affection a de pénible.

L'attaque débute brusquement par des éternuements répétés, accompagnés d'un écoulement nasal abondant ; les yeux injectés sont remplis de larmes, les paupières gonflées ont peine à se soulever, et souvent apparaissent des douleurs de névralgie faciale. Le malheureux patient se mouche sans répit, il est congestionné et répond à peine aux paroles qu'on lui adresse.

Ces accès durent quelques heures, se repètent une ou plusieurs fois par jour et se produisent quelquefois pendant des semaines, si le sujet n'est pas éloigné de la cause déterminante.

Ils ne se montrent pas la nuit, du moins au début.

Hack, un des premiers, appela l'attention sur les lésions nasales dans la rhinite spasmodique. On y trouve un violent état congestif et une hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs, qui, sous l'excitation la plus légère, laisse son tissu érectile se gonfler à l'extrême. C'est surtout l'extrémité antérieure des cornets inférieurs qui est volumineuse et qu'il faut modifier.

Rhino-bronchite spasmodique. La rhino-bronchite spasmodique n'est qu'un degré de plus dans la rhinite spasmodique ; c'est l'accès d'asthme faisant suite aux symptômes si pénibles de la rhinite spasmodique ou venant même s'ajouter à ceux-ci.

L'accès n'est pas nocturne et cesse avec la rhinite ; à mesure que la dyspnée disparaît, il se produit une abondante expectoration de mucus visqueux.

Traitement. — Si on se reporte à la pathogénie des inflammations catarrhales de la muqueuse nasale, on voit que le traitement doit être de deux ordres :

Général,
Local.

Traitement général. Comme nous l'avons exposé à maintes reprises dans ce travail, une cause prédisposante est absolument nécessaire pour expliquer les récidives des attaques, au début du moins, et toutes les causes de débilitation de l'organisme doivent être, avant tout, combattues.

On trouve la prédisposition au catarrhe nasal dès l'enfance même chez les rhumatisants, les nerveux, les lymphatiques, et en dehors d'une médication iodurée, calmante et ferrugineuse, l'hydrothérapie et les exercices au grand air doivent être la base du traitement.

On fera beaucoup plus, dès le début, par l'hygiène que par les médications qui, prises souvent à tort et à travers, entravent la nutrition au lieu de lui donner le coup de fouet dont elle a si grand besoin.

Aux enfants, dès la première année, et aux adultes, l'hydrothérapie doit être appliquée sous forme de lotions d'abord tièdes, puis progressivement refroidies pour arriver à être prises à la température de la chambre. Non seulement on activera ainsi la circulation de la peau, ce qui rendra le patient moins frileux et moins susceptible aux variations de température, mais on en régularisera aussi les sécrétions, et ce sera autant d'épargné pour le rein.

C'est le matin, au réveil, que la lotion doit être faite. Elle consiste à mouiller rapidement la poitrine sur

ses deux faces, ainsi que les bras et les jambes, à l'aide d'une éponge imbibée d'eau et à essuyer fortement le sujet. La réaction se fait facilement, et la sensation de bien-être, consécutif à la lotion, est considérable. Il n'est d'aucune utilité de prendre du repos après la lotion.

La vie au grand air a besoin d'être aussi complète que possible, et si les nécessités de la vie privent d'un bain d'air journalier la majeure partie des adultes, on peut au moins chez le plus grand nombre des enfants mettre en pratique cette thérapeutique.

Le malade prédisposé aux rhinites sortira chaque jour quel que soit le temps ; c'est à ce prix seul qu'il s'aguerrira contre les variations de température, car ce n'est pas dans l'air plus ou moins vicié des appartements qu'il trouvera l'oxygène nécessaire à une nutrition régulière.

Enfant ou adulte devra (à moins de contre-indications formelles par lésions ou malformations organiques) faire des exercices musculaires journaliers. Nous n'aimons guère pour eux la gymnastique ou l'escrime, à cause du milieu de poussière où on les pratique. Le canotage, l'équitation, le cyclisme, les jeux athlétiques, sont au contraire tout indiqués.

La question de l'habitation a une grande importance ; les appartements sombres, privés de soleil, comme on en trouve dans tous les grands centres, doivent être interdits à ces malades qui ont besoin de grand air et de lumière. Il va sans dire que dans la forme spasmodique du coryza à répétition, on doit éviter avec soin le voisinage de tout ce qui est susceptible de ramener les accès. Ces causes occasionnelles sont variables suivant chaque individu, mais avec un peu d'attention, le patient ou son entourage sauront bien distinguer la cause probable des crises. Qu'on n'oublie pas que les causes en apparence les plus futiles sont souvent les seules vraies : pollen des graminées, pollen des roses, etc..., poudres pharmaceutiques (ipecacuanha, lycopode), poussière des tapis ou des pièces qu'on nettoie, etc...

Traitement local. Nous arrivons au traitement local, qui dans les formes franchement récidivantes du catarrhe nasal est souvent le maître de la situation, car dans ces cas, la muqueuse nasale est le plus habituellement malade et il n'y a pas de guérison possible sans modification des parties atteintes.

La règle formelle pour le rhinologiste doit être la suivante : Si un traitement local purement médical (pommades ou poudres modificatrices et irrigations nasales bien faites) n'a pas donné de résultat au bout de une ou deux semaines, c'est à l'intervention chirurgicale qu'il faut céder le pas.

Pour donner tout ce qu'elle peut, cette intervention doit être minutieuse ; le chirurgien s'attaquera d'abord aux grosses lésions, mais poursuivra avec soin tout ce qui lui semblera pathologique, dans l'anatomie des fosses nasales.

Chaque partie de la muqueuse a besoin d'être explorée au stylet, surtout vers les parties supérieures, où une toute petite dégénérescence, un pédicule de polype passé inaperçu, n'est souvent que la dernière cause de crises que des soins antérieurs n'ont point amendées. Ces parties sont du reste le siège d'une sensibilité excessive, et c'est là un indice précieux.

L'examen et la chirurgie du nez sont une des choses les plus délicates de notre spécialité, et nous croyons que si les interventions sur la muqueuse ou la charpente cartilagineuse et osseuse de cet organe ne donnent quelquefois aucun résultat, c'est qu'elles ont été incomplètes.

Du reste, ces opérations sont si peu douloureuses avec une bonne application de cocaïne, et quand elles sont faites sans brutalités offrent surtout si peu de dangers, qu'il n'y a aucune raison d'y surseoir.

Le traitement local du coryza à répétition est donc affaire de ténacité de la part du médecin, mais aussi de patience de la part du malade, qui doit être prévenu de l'absolue nécessité d'interventions peut-être répétées ; la guérison n'est souvent obtenue qu'à ce prix !

BIBLIOGRAPHIE

Technique de l'exploration oculaire, par le Dr L. Vignes, 1 vol. in-8°, 419 pages. Paris, A. Maloine, 1896.

M. Vignes a réuni dans ce volume les notions nécessaires pour faire un examen complet de l'organe de la vision ; c'est une introduction à l'étude de l'ophthalmologie, c'est même l'ophthalmologie tout entière dans une de ses parties les plus importantes, celle qui a trait aux anomalies de la réfraction. M. Vignes n'aborde pas l'étude des maladies des diverses membranes de l'œil, mais la partie qu'il s'est réservée était suffisante pour donner lieu à de très importants développements.

Une bonne étude de l'œil, comme de tout autre organe, doit être basée sur l'anatomie. Vignes a consacré à celle-ci plus de 100 pages qui sont bien employées ; les descriptions sont précises et complètes ; Vignes a utilisé les dernières recherches ; il semble que l'état de la science soit fixé là pour un certain temps au moins.

Il en est de même de la physiologie très clairement exposée.

L'optique physique et l'optique physiologique semblent être les parties sur lesquelles Vignes s'est étendu avec le plus de complaisance. Ne vous effrayez pas, en parcourant ces pages, du nombre d'X et de figures géométriques que l'on y rencontre. Allez un peu plus

avant, vous verrez qu'au fond c'est très clair, très simple et que l'on n'a pas grand effort à faire pour bien comprendre le tout.

La dernière partie, consacrée aux anomalies de la réfraction, celle qui a la plus grande importance pratique, est relativement écourtée, mais Vignes n'a pas dit son dernier mot. Ce volume qui a pour sous-titre « Introduction à l'étude de l'ophthalmologie », pourrait bien n'être que le premier fascicule d'un traité complet, aussi bien le lecteur sera certainement mis en goût et attendra avec quelque impatience la suite d'un ouvrage qui fait grand honneur à l'esprit clair et délié de son auteur.

A. Chevallereau.

Formulaire des médications nouvelles, par le Dr H. Gillet, avec 15 fig. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 1896.

Le formulaire que nous donne aujourd'hui le Dr Gillet donne un résumé des médications nouvelles et des agents nouveaux ou méthodes nouvelles employées en thérapeutique. Les médications nouvelles comprennent l'ensemble des moyens propres à remplir les indications qui résultent de la connaissance de processus pathologiques nouveaux, d'idées nouvelles sur différentes questions pathogéniques. C'est ainsi que la connaissance du rôle des organismes inférieurs dans les maladies a donné naissance à la médication antiseptique, que celle du rôle des sécrétions internes a engendré l'organothérapie. On conçoit, cependant, que des processus nouveaux puissent exiger la mise en jeu de moyens thérapeutiques anciennement connus.

A côté des médications nouvelles, il y a les agents thérapeutiques nouveaux et les méthodes nouvelles pour remplir les indications déjà connues. Telles sont les considérations qui ont guidé M. Gillet dans la conception de son formulaire.

On y trouvera, comme il le dit lui-même, tout ce qui n'est pas entré suffisamment dans les livres classiques, tout en s'attachant aux nouveautés dont le caractère pratique semble net et non aux simples curiosités qui viennent inutilement encombrer la thérapeutique.

Pour faciliter les recherches, les matières ont été rangées par ordre alphabétique, et c'est dans cet ordre que le lecteur trouvera les médications nouvelles, les maladies auxquelles elles se rapportent et les médicaments qui sont indiqués dans le texte ou dans les formules. Le même plan est suivi pour l'exposé de chacune des médications nouvelles. Sous la rubrique « principe de la méthode » se trouve exposée l'idée directrice qui a été le point de départ de la nouvelle médication.

Viennent ensuite la nature des médications ou des agents thérapeutiques employés, le mode d'administration ou la technique des doses, puis le mode d'action et les effets de la médication nouvelle.

En résumé, M. Gillet a donné un formulaire facile à consulter et précieux en ce qu'il contient les nouveautés thérapeutiques utiles à connaître pour le praticien.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 février. — Présidence de M. Cornu.

Le travail musculaire n'emprunte rien de l'énergie qu'il dépense aux matières albuminoïdes des humeurs et des éléments anatomiques de l'organisme.—M. A. Chauveau lit un travail qu'il termine par les conclusions suivantes :

En somme, le travail n'a exercé aucune influence directe sur le taux de l'azote oxydé qui est soustrait à l'organisme par la voie rénale, c'est-à-dire sur la combustion des albuminoïdes. Ce résultat négatif fait un contraste saisissant avec l'accroissement bien connu que subissent, du fait du travail musculaire, l'exhalaison d'acide carbonique et l'absorption d'oxygène par les voies respiratoires. Dans les conditions des expériences actuelles, cet accroissement eût été considérable et aurait constitué ainsi un témoin irrécusable de l'importance des combustions que le travail excite dans les éléments ternaires de l'organisme, surtout les hydrates de carbone préformés. De même, et en sens inverse, l'état stationnaire de l'excrétion azotée démontre-t-il rigoureusement, avec une netteté quasi schématique, que *les albuminoïdes ne sont pas au nombre des substances constituant le potentiel dans la combustion duquel les muscles puisent immédiatement l'énergie nécessaire à leur fonctionnement.*

Telle est la conclusion qui ressort des présentes expériences. A *fortiori*, s'impose-t-elle pour mes expériences de comparaison du travail positif et du travail négatif, dans lesquelles l'activité musculaire a eu une durée excessivement réduite.

La combustion des principes azotés qui composent les humeurs et les tissus de l'économie animale n'en joue pas moins un rôle de tout premier ordre, en présidant aux dislocations incessantes par lesquelles il est préludé à la réintégration de ces principes. Mais c'est là un autre point de vue, celui de la fonction rénovatrice de la matière, fonction préposée à l'entretien des propriété physiologique des organes élémentaires. Nous aurons à examiner un jour la question de savoir dans quelle mesure le travail peut agir *secondairement* sur l'activité de cette fonction rénovatrice au sein des organes musculaires.

Sur la cause de l'invisibilité des rayons de Rœntgen. — MM. Dariex et de Rochas. Les expériences suivantes ont eu pour but de rechercher quel peut être le degré de perméabilité des milieux transparents de l'œil (cornée, humeur aqueuse, cristallin, corps vitré) par les rayons de Rœntgen, et si ces milieux, parmi lesquels le cristallin est une véritable lentille, dont l'indice de réfraction (1.44 à 1.45) est voisin de celui du verre (1.52), n'opposeraient pas, comme lui, une grande résistance au passage

de ces rayons. Cela expliquerait pourquoi ils nous sont invisibles.

Première série d'expériences. — Dans la première série, les rayons X ont été produits avec une machine de Wimshurst, dont les plateaux ont 36 centimètres de diamètre.

Par des expériences antérieures, on avait constaté qu'avec cette machine on peut photographier les corps qui interceptent les rayons X ; on avait obtenu la photographie très nette d'une clef enfermée dans une boîte en bois. Un tube de Crookes était suspendu verticalement, par la cathode, à la branche négative de la machine électrique ; la branche positive était reliée à l'anode. Les rayons cathodiques venaient frapper l'extrémité inférieure du tube.

Les expériences ont porté sur des yeux frais de porc, dont le volume est sensiblement égal au volume de l'œil humain.

On a d'abord constaté qu'après vingt minutes de pose sur une plaque photographique entourée de quatre feuilles de papier noir, l'œil, dont la cornée était presque en contact avec l'extrémité intérieure du tube, n'a laissé se produire qu'un halo à la périphérie de la plaque et s'est comporté, pour les rayons X, comme un écran opaque.

Dans un autre essai, on a placé, sur la même plaque, l'une des branches d'une petite paire de ciseaux à strabisme, un cristallin, un morceau de muscle de même épaisseur que le cristallin, une cornée et une plaquette de bois. Après vingt minutes de pose, les résultats obtenus ont montré que la branche de ciseaux est très opaque, le cristallin l'est un peu moins, le muscle l'est à peu près comme le cristallin, la cornée l'est moins que le cristallin et le bois beaucoup moins que la cornée.....

Deuxième série d'expériences. — L'insuffisance de l'intensité des rayons obtenus avec cette machine électrique ne permettait pas une comparaison assez précise entre la perméabilité des milieux transparents de l'œil et celle des autres tissus organiques, notamment ceux de la main.

On a employé alors une bobine d'induction, actionnée par deux accumulateurs. Sur la plaque recouverte par cinq feuilles de fort papier noir, on disposa un œil frais de porc, dont les membranes, comprenant la sclérotique, la choroïde et la rétine, avaient été enlevées au pôle postérieur, sur une étendue de 8^{mm} à 10^{mm} de manière que les rayons X n'eussent plus à traverser que les milieux transparents de l'œil, et que la plaque sensible se trouvât (sauf l'interposition du papier) dans les mêmes conditions que la rétine dont elle occupe la place. Cet œil, ainsi préparé et au travers duquel on pouvait voir les objets placés derrière lui, fut disposé sur la plaque photographique, dans un triangle formé, sur deux côtés, par le médius et l'annulaire de l'un des expérimentateurs qui porte une bague ; le troisième côté du triangle était formé par un rectangle de bois, destiné à fixer l'écartement des doigts, et dont la hauteur était d'environ 15^{mm}.

La plaque ainsi recouverte fut posée par un support à 8^{cm} environ de l'extrémité inférieure du tube et disposée de telle manière que l'œil reçut directement le maximum de rayons. Au bout d'une demi-heure de pose, on obtient le cliché que nous soumettons à l'Académie.

On peut y constater que l'œil, bien qu'il ait été exposé aux rayons X plus directement que les doigts, paraît plus opaque que les muscles, mais moins opaque que les os et l'anneau d'or. Un examen attentif permet de reconnaître, on outre, au centre de l'image oculaire, un cercle plus noir qui semble indiquer une opacité plus grande de la portion axiale de l'œil, précisément celle qui est transparente pour nos regards.

De tout ce qui précède, il résulte que les milieux transparents de l'œil, qui se laissent traverser d'une façon si parfaite et instantanément par les rayons dits lumineux, se sont montrés très peu perméables pour les rayons X, malgré une action prolongée pendant une demi-heure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1896. — Présidence de M. HERVIEUX

La CORRESPONDANCE comprend : 1° des lettres de candidature de M. le Dr Paul Richer, dans la classe des associés libres ; de M. le Dr Bousquet, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, dans la classe des correspondants nationaux ; 2° le règlement de police sanitaire adopté par le chah de Perse, pour protéger le territoire de la Perse contre l'invasion éventuelle de la peste, régnant dans certains ports de Chine, règlement préparé par le Dr Schneider, médecin-major de 1re classe dans l'armée française, médecin du chah de Perse ; 3° un rapport sur la revaccination dans les écoles du Xe arrondissement, de 1888 à 1896, par le Dr Rotillon.

Rhinoplastie par la méthode italienne. — M. BERGER présente une personne qui était atteinte d'une destruction de la pointe, d'une partie de la face dorsale, des ailes et de la sous-cloison du nez, et chez laquelle il a eu recours à la rhinoplastie par la méthode italienne.

La destruction, due à une lésion tertiaire, avait débuté il y a 18 mois ; ce ne fut qu'au mois de mai dernier que la malade fut mise au traitement ; quand M. Berger entreprit la réparation, le 4 décembre 1895, la guérison était complète depuis plusieurs mois.

La première opération consista dans l'avivement du moignon nasal et dans la fixation sur ce moignon d'un lambeau pédiculé emprunté au bras. Le bras fut fixé à la tête au moyen de l'appareil dont M. Berger se sert pour ces opérations et qu'il présente à l'Académie. La fixation fut maintenue pendant 10 jours complets, et fut très bien supportée par la malade.

Le pédicule du lambeau fut coupé le 14 décembre ; l'adhésion et la vitalité de celui-ci étaient parfaites, et le 7 janvier 1896 M. Berger put procéder à la restauration de la pointe du nez, des ailes et de la sous-cloison. Celle-ci réussit très bien, et a donné un résultat sinon esthétique parfait, du moins très présentable.

M. Berger insiste sur les principales conditions d'application de cette méthode, qu'il a été le premier à remettre en honneur il y a près de vingt ans, et à laquelle il a depuis lors eu recours dans un fort grand nombre de cas.

La condition essentielle du succès est la détermination minutieuse de tous les détails de la réparation avant l'opération elle-même : la forme, la direction, les dimensions des incisions doivent être rigoureusement fixées d'avance. Le lambeau doit recouvrir exactement la surface d'avivement,

sans plissement ni traction. Il faut conserver tous les vestiges du nez détruit pour les faire servir à la réparation.

La fixation du membre supérieur à la tête est assurée par un appareil dont M. Berger donne la description : grâce à cet appareil, l'immobilité rigoureuse est obtenue sans beaucoup de fatigue ; il permet les soins de propreté, l'alimentation : les opérés peuvent se lever et même marcher avec le bras fixé sur la tête.

La section du pédicule du lambeau, s'il était besoin, pourrait être faite bien avant le 10e jour.

Quand à la seconde opération qui consiste à reconstituer la pointe, les ailes du nez et la sous-cloison au moyen du pédicule du lambeau, elle doit être entreprise 15 jours environ après la section du pédicule ; c'est une opération délicate qui demande une certaine habitude des restaurations faciales.

Il est utile, pendant un temps très long, de maintenir la béance des narines au moyen de tuyaux métalliques introduits dans ces cavités.

Un dispositif spécial permet de faire servir le même appareil à maintenir la saillie de la pointe du nez jusqu'à ce que toute tendance à la rétraction du lambeau ait disparu.

Guérison de la luxation congénitale de la hanche par l'intervention sanglante. — M. Calot, s'appuyant sur huit observations personnelles, vient soutenir que par une opération sans gravité l'on peut guérir cette déplorable infirmité contre laquelle tous les efforts des orthopédistes étaient jusqu'alors demeurés impuissants.

L'intervention sanglante est loin d'être acceptée par tous les chirurgiens. On lui reproche : 1° d'être grave ; 2° de ne pas supprimer la boiterie.

M. Calot convient parfaitement que si l'on devait juger la méthode d'après les premières opérations faites dans notre pays on devrait la proscrire, mais les résultats médiocres obtenus par les premiers opérateurs sont exclusivement imputables à une mauvaise technique. Il montre, par la comparaison de cette technique et de celle qu'il a adoptée, qu'avec celle-là l'opération est très grave, tandis qu'avec celle-ci l'opération devient courte et bénigne, l'hémorragie et le schock toujours insignifiants.

Les huit opérations de l'auteur sont là pour appuyer ce qu'il avance. Non seulement il n'a pas eu un seul décès, mais encore, dans les huit cas, les suites opératoires ont été d'une bénignité absolue. Il est si convaincu de la bénignité de l'intervention qu'il répond toujours devant les parents de la vie de l'enfant qu'il va opérer.

Quant au résultat orthopédique, il demande à l'Académie de l'apprécier en lui présentant ses deux premiers opérés. Il les présente dès maintenant parce qu'ils sont à la veille de s'éloigner de Berck pour retourner à Nancy et à Lille d'où ils sont originaires ; mais il présentera les derniers dans quelques mois, lorsque leur traitement gymnastique post-opératoire sera terminé.

M. Calot attache à ce traitement post-opératoire une grande importance. Il doit être continué pendant au moins 6 mois.

Au 25e jour les malades sont laissés sans pansement et l'on commence à les masser.

Au 30e jour ils se lèvent et marchent sans appareil ni béquilles, soutenus par des infirmières.

Au 40e jour les opérés sont généralement en état de marcher seuls.

A partir de ce moment, M. Calot les électrise, les masse, leur fait faire des exercices de gymnastique actifs et passifs jusqu'à ce que l'enfant puisse marcher toute la journée sans fatigue et que la boiterie ait disparu.

M. Calot invite l'Académie à dire, après avoir vu ses opérés, si l'intervention bénigne qui supprime aussi parfaitement une boiterie réputée jusqu'alors incurable mérite vraiment d'être conservée.

Grossesse tubaire double avec un seul sac. — M. Le Dentu. Une femme entre dans mon service le 31 décembre 1895, avec les signes d'une grave hémorragie abdominale. Mon chef de clinique, M. Brodier, fit la laparatomie d'urgence, et au milieu de péripéties émouvantes il extraya d'un foyer d'hémorragies diffuses deux embryons de sept à huit semaines. La trompe gauche portait une poche remplie de caillots et d'une masse placentaire, les annexes du côté droit étaient intactes. Ce qu'il y a de particulier dans le cas actuel, c'est que les deux embryons étaient contenus dans un sac unique. Or, jusqu'ici on a rencontré au cours des opérations soit des grossesses tubaires doubles bilatérales (7 dans la thèse de M. Cestan, 4 d'après les recherches de M. Brodier), soit des grossesses tubaires à double sac dans une même trompe (3 cas d'après la thèse de M. Cestan).

Si la science a enregistré quelques autres cas de grossesses tubaire gémellaire à un seul sac, celui que je vous présente est peut-être le seul qui se soit révélé au cours d'une opération.

Commissions de prix pour 1896. — Prix de l'Académie : MM. Vallin, Nocard, Kelsch. Prix Alvarenga : MM. Planchon, Guyon, Straus. Prix Amussat : MM. Rochard, Labbé, Lannelongue. Prix Baillarger : MM. Le Roy de Méricourt, Worms, Motet. Prix Barbier : MM. Riche, Weber, Laveran. Prix Boullard : MM. Périer, Hallopeau, Magnan. Prix Bourceret : MM. Ranvier, Berger, Marey. Prix Buignet : MM. Bourgoin, Jungfleisch, Chatin (Joannès). Prix Capuron : MM. Tarnier, Pinard, Porak. Prix Chevillon : MM. Polaillon, Duval, Lucas-Championnière. Prix Civrieux : MM. Dumontpallier, Blanchard, Mesnet. Prix Daudet : MM. Empis, Lancereaux, Reclus. Prix Desportes : MM. C. Paul, Hayem, Landouzy. Prix Falret : MM. Hérard, Gautier, Motet. Prix Godard : MM. Fournier, Bucquoy, Dieulafoy. Prix Herpin (de Genève) : MM. Jaccoud, Potain, Brouardel. Prix Hugo : MM. Sappey, Ch. Monod, Laboulbène. Prix Laborie : MM. Péan, Chauvel, Terrier. Prix baron Larrey : MM. Lagneau, Proust, d'Arsonval. Prix Laval : MM. Gariel, Bouchardat, Brouardel. Prix Lefèvre : MM. Bouchard, Duguet, Ferrand. Prix Meynot : MM. Duplay, Le Dentu, Nicaise. Prix Monbinne : MM. Milne Edwards, Grancher, Cadet de Gassicourt. Prix Nativelle : MM. Prunier, Marty, Moissan. Prix Orfila : MM. Schützenberger, Robin, Duclaux. Prix Portal : MM. Leblanc, Cornil, Magitot. Prix Pourat : MM. Chauveau, Laborde, François-Franck. Prix Saintour : MM. Guéniot, Mégnin, Blache. Prix Saint-Paul : MM. Javal, Trasbot, Debove. Prix Stanski : MM. Besnier, Panas, Budin. Prix Vernois : MM. Colin (Léon), Regnard, Lereboullet.

A 4 h. 45, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 février. - Prés. de M. D'HEILLY

Déformation congénitale. — M. MARFAN présente une fillette de cinq ans et demi, atteinte d'une déformation congénitale des quatre membres, plus prononcée aux extrémités, et caractérisée par un allongement des os, avec un certain degré d'amincissement. La déformation est surtout caractéristique aux mains; toutes les phalanges et les métacarpiens sont notablement allongés; les muscles sont émaciés, mais non paralysés, et leurs réactions électriques sont normales. La main est très mince et très allongée et ressemble à une « patte d'araignée ».

Appendicite familliale. — M. FAISANS relate un certain nombre de cas d'appendicite familiale, c'est-à-dire frappant dans la même famille le père et un enfant, ou bien deux ou plusieurs frères, ou bien encore des cousins germains. L'un de ses malades, dont l'appendice réséqué a été présenté par M. Brun à la Société de chirurgie, a été l'occasion, pour plusieurs chirurgiens, de citer de nouveaux exemples d'appendicite héréditaire ou familiale; ces faits sont donc assez nombreux pour qu'on n'ait plus le droit de les considérer comme des hasards de séries. Il est évident que certaines familles présentent une véritable prédisposition à l'appendicite; cette prédisposition s'explique à merveille si, comme l'a montré M. le professeur Dieulafoy, il s'agit, dans ces cas, d'une véritable lithiase appendiculaire relevant, comme les lithiases hépatique ou rénale, de la goutte constitutionnelle et héréditaire.

Dans le plus grand nombre des cas étudiés par M. Faisans, l'appendicite familiale se présente sous la forme récidivante, aboutissant à la perforation, avec péritonite septique promptement mortelle. Il en tire cette conclusion que l'ablation de l'appendice s'impose dans tous les cas, même les plus bénins, à titre de traitement préventif.

M. TALAMON. Un nouveau fait d'appendicite familiale que je viens d'observer me confirme dans l'opinion que j'ai déjà soutenue, à savoir :

1° Que dans certains cas l'appendicite à rechutes peut être due au déplacement d'une scybale dans l'appendicite;

2° Qu'en présence d'antécédents appendiculaires familiaux il faut tenir grand compte des moindres douleurs ressenties dans la fosse iliaque droite, et que, si ces douleurs se répètent à courts intervalles, il faut craindre l'engagement ou la formation d'une scybale dans l'appendice, même si la palpation ne donne pas nettement la sensation d'une tuméfaction locale;

3° Que le seul moyen de prévenir les accidents plus graves ultérieurs, accidents qui probablement ne sauraient manquer de se produire, est l'ablation de l'appendice dans un moment plus calme.

En ce qui concerne la pathogénie, des faits déjà nombreux rapportés à la Société de chirurgie, et surtout de la statistique de Roux, de Lausanne — qui, sur 300 observations personnelles d'appendicite, a relevé 40 fois pour 100 l'influence héréditaire — il ressort que l'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie de l'appendicite.

Mais comment comprendre ce rôle? M. Faisans se déclare partisan de l'hypothèse, émise par M. Dieulafoy, de la diathèse arthritique favorisant le développemen, d'une véritable lithiase appendiculaire, à la manière de la lithiase biliaire ou urinaire. Mais l'arthritisme est un état si vaguement compréhensif qu'il est devenu, on peut le dire, le facteur commun de toutes les affections des classes moyennes de la société; de façon qu'en dehors de la classe ouvrière, on serait embarrassé de trouver un sujet atteint d'une maladie quelconque qui ne rentrât pas dans la catégorie des arthritiques.

Pour ma part, j'inclinerais plutôt à admettre la transmission ou la coexistence héréditaire dans une même famille de quelque disposition, malformation, ou vice de développement congénital, portant sur l'appendice, qui n'est en réalité lui-même qu'un vestige d'organe incomplètement développé.

M. HAYEM. On peut se demander si la gastrite parenchymateuse ne conduit pas à l'appendicite. J'ai, en effet, rencontré les lésions si caractéristiques de la gastrite parenchymateuse dans tous les cas d'appendicite que j'ai observés ces dernières années. J'ajouterai que la gastrite parenchymateuse est essentiellement héréditaire.

Pour la question de l'appendicite familiale, je crois, comme M. Talamon, que l'influence de ce qu'on appelle l'arthritisme est assez difficile à préciser.

M. LE GENDRE. Il est d'autant plus difficile de voir là un rapport de cause à effet, que l'arthritisme est extrêmement répandu, comme l'a fait remarquer M. Talamon. Or, la fréquence de l'appendicite n'est pas en proportion, bien que les cas se multiplient beaucoup depuis que les chirurgiens nous ont appris à faire ce diagnostic. On voit l'appendicite chez des scrofuleux; M. Bouchard a signalé sa fréquence dans la dyspepsie avec stase gastrique; M. Hayem vient d'indiquer ses relations probables avec la gastrite parenchymateuse; enfin, peut-être pourrait-on en expliquer certains cas par des poussées inflammatoires des nombreux appareils lymphoïdes que l'on trouve dans l'appendice. Bref, l'appendicite ne me paraît pas devoir être rapportée à un mécanisme univoque.

M. MATHIEU. D'après M. Dieulafoy, l'appendicite serait subordonnée à une lithiase intestinale partielle.

Cette lithiase est peu connue. Il n'en est pas question dans les traités classiques. Je crois en observer actuellement un cas chez une femme atteinte d'entérite muco-membraneuse. Depuis plusieurs années, elle rend presque chaque jour une plus ou moins grande quantité de sable constitué par du phosphate ammoniaco-magnésien et des sels de chaux, sans trace de cholestérine ni de pigments biliaires. Un fait semblable a été présenté à la dernière séance de la Société de biologie. De plus, on a vu des concrétions de composition semblable se faire dans le gros intestin, au-dessous d'un anus contre nature.

Il y a donc lieu d'étudier la lithiase intestinale parallèlement aux autres lithiases.

Topographie du zona. — M. ACHARD. Récemment, M. Brissaud a combattu l'opinion classique qui attribue au zona une origine périphérique. Une série de zonas observés par moi il y a deux ans m'avait amené, dès cette époque, à placer plutôt dans la moelle que dans les nerfs périphériques la lésion initiale du zona. Bien entendu, cette hypothèse ne supprime pas l'origine périphérique dans certains cas, ceux, par exemple, qui succèdent au traumatisme d'un nerf.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 27 février. — Présidence de M. Besnier.

Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de calomel. — M. Portalier expose les résultats de 400 injections réparties sur 65 malades et passe successivement en revue les trois points suivants : technique opératoire, effets locaux et phénomènes de réaction générale des injections, action thérapeutique.

1° *Technique opératoire.* — Le liquide injectable est préparé suivant cette formule :

Calomel à la vapeur.	5 centigr.
Cocaïne pure.....	1 —
Huile d'olives	q. s. pour former 1 cent. cube

Le calomel est finement porphyrisé et lavé à l'alcool.

L'huile d'olives est lavée à l'alcool et stérilisée.

On triture le calomel en ajoutant peu à peu l'huile cocaïnée.

Enfin ce mélange (préparé aussi près que possible du moment de l'injection) est versé dans un tube stérilisé au four Pasteur, puis est encore stérilisé à l'autoclave.

2° *Résultats locaux et effets de réaction générale des injections.*

a). Gonflement de la région injectée avec, parfois, rougeur et chaleur de la peau. — 10 fois énorme, diffus; 57 fois assez considérable; 162 fois moyens; 152 fois léger; 19 fois nul.

C'est le lendemain ou le surlendemain de l'injection qu'apparaît ce gonflement, cet empâtement, toujours plus ou moins dur et sensible à la pression, de la région injectée.

A partir du quatrième jour, il commence à se résoudre, et, vers le sixième ou le septième jour, il ne subsiste plus qu'une nodosité très variable comme volume, tantôt profonde, tantôt superficielle et faisant corps avec les téguments.

Ces nodi consécutifs s'effacent en moyenne du dixième au douzième jour; persistent parfois pendant des semaines et même des mois. Quelquefois, il reste à l'endroit même de la piqûre des stigmates tels qu'une tache tantôt rougeâtre, tantôt violacée ou brunâtre de la peau.

b) Douleur. — 12 fois insupportable; 72 fois très vive ou vive; 155 fois moyenne, facilement tolérable; 149 fois légère; 12 fois nulle.

Six malades sur 65 ont été tellement éprouvés par la douleur qu'ils se sont refusés à toute tentative nouvelle d'injection.

Quelquefois, le soir même de la piqûre, plus souvent le lendemain ou le surlendemain, le malade ressent, à l'occasion des mouvements, une douleur plus ou moins forte limitée d'ordinaire à la région injectée, mais qui peut irradier vers la cuisse et la jambe ou même vers la région lombaire. Les malades comparent cette douleur soit une à névralgie sciatique, soit à du rhumatisme, soit plus communément à celle que déterminerait un fort coup de bâton.

D'autres fois, la douleur est à ce point légère que les sujets peuvent aller et venir comme de coutume, voire monter à cheval ou à bicyclette presque aussitôt.

Dans les douze cas où la douleur fut insupportable, les malades durent garder le lit pendant plusieurs jours.

c) Fièvre. — 6 fois il y eut fièvre vive avec embarras gastrique pendant une semaine, et 102 fois léger mouvement fébrile avec un peu de malaise, de courbature et d'insomnie pendant les deux ou trois jours qui suivirent l'injection.

d) Abcès. — 4 fois (c'est-à-dire une fois sur cent), chez quatre malades différents, il survint un abcès vraisemblablement aseptique, vers le dixième ou le douzième jour après l'injection. Ces abcès furent peu douloureux. Quatre à cinq jours plus tard il n'y paraissait plus.

e) Salivation. — 5 fois seulement salivation légère durant deux ou trois jours, et toujours chez des sujets en état de gingivite antérieure.

f) Diarrhée. — 6 fois diarrhée légère durant deux jours.

La dose de calomel employée a, pour ainsi dire, toujours été de 5 centigrammes par injection. Elle a pu être portée à 7, 8 et 9 centigrammes sans le moindre inconvénient.

Les injections ont été pratiquées par séries, chaque série comprenant, suivant les besoins de la cause, 4 à 6 injections, très rarement davantage, qui ont été faites une tous les huit ou dix jours. Ces séries ont toujours été séparées d'un intervalle minimum de cinq semaines.

3° *Résultats thérapeutiques.* — Dans les accidents syphilitiques vrais, ces injections ont donné souvent les résultats les plus remarquables.

De mêmes elles ont échoué contre les accidents para-syphilitiques, tels, entre autres, que le tabes et la paralysie générale.

Parmi les accidents contre lesquels particulièrement elles ont bien agi, il faut signaler : les glossites tertiaires surtout, plusieurs cas d'artérite cérébrale et de syphilis maligne précoce, et un cas douteux où elles agirent comme médicament d'épreuve, et décidèrent de la nature syphilitique de la lésion qu'elles guérirent.

Les injections de calomel ne paraissent répondre qu'à des indications spéciales et limitées, non seulement en raison de leurs inconvénients, mais parce qu'elles sont parfois infidèles et ne préservent pas à coup sûr des récidives et des atteintes nouvelles de la maladie.

En somme, il faut prendre les injections de calomel pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire un moyen puissant d'action dans certains cas que l'expérience journalière contribuera à préciser; — un nouveau remplaçant précieux de la médication interne devant l'intolérance des voies digestives — le meilleur moyen d'épreuve peut-être, lorsque le diagnostic hésite sur la nature spécifique d'une lésion — mais, au total, une méthode thérapeutique en voie d'essai, qui compte des intolérants absolus parmi les malades, et dont il n'est surtout permis de rien préjuger encore quant à ses résultats définitifs, quant à son efficacité sur les accidents à venir de la syphilis, en un mot, et d'une façon générale, quant à la nature et à la qualité du coup qu'elle porte à la vérole.

M. Fournier est partisan des injections de calomel, mais surtout dans les cas qui résistent au traitement ordinaire. Ses injections n'ont pas empêché des retours offensifs de la maladie dans plusieurs cas, peu de temps après la cessation du traitement et même au cours du traitement.

M. Abadie préfère les injections solubles aux injections insolubles et parmi les premières le cyanure de mercure. De plus, il ne pratique pas l'injection dans les muscles, injection qui est douloureuse, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané

qui est beaucoup plus extensible que le muscle bridé par une aponévrose. Enfin il a recours aux injections intra-veineuses dans des lésions oculaires graves qui résistent même aux injections sous-cutanées.

Injection d'huile de b-iodure de mercure. — M. de LAVARENNE, en se servant d'huile dosée à 4 mg. de H gI par cent. cube et en injectant 2 cc. chaque fois, n'a jamais observé d'accidents d'intoxication.

Traitement de la syphilis au dispensaire municipal de la ville d'Alger. — A. REY et L. JULIEN (d'Alger). Durant l'année 1895 nous avons continué *l'emploi exclusif des injections interstitielles de sels mercuriaux insolubles* chez les femmes atteintes d'accidents syphilitiques primitifs, secondaires ou tardifs, graves ou légers.

Pour 61 malades nous avons fait 170 injections d'oxyde jaune, 79 de calomel, soit 249; comme accidents nous n'avons à signaler qu'une légère poussée ptyalique et un abcès à pus chocolat; presque jamais de douleurs, en quittant l'hôpital. La plupart des malades demandent à être autorisées par faveur à venir se faire piquer à jour fixe.

C'est dans un but d'expérience que nous avons employé l'oxyde jaune et nous avons pu constater que s'il dispense à peu près des nodosités, ce sel procure une disparition beaucoup plus lente des accidents; nous avons vu des poussées cutanées sévères résister à l'oxyde jaune et progresser même, pour disparaître dès la substitution du calomel, et s'arrêter sur place par un nivellement rapide des désordres cutanés. Nous pensons donc qu'il n'y a pas lieu de recourir à l'oxyde jaune, et que l'emploi du calomel s'impose.

Nous préférons comme excipient l'eau gommeuse pure, nous avons écarté la cocaïne qui, rarement utile, entraînait parfois dans la marche un engourdissement pénible et prolongé. La quantité de sel que nous injectons dépasse rarement 5 à 7 centigrammes, tous les deux septenaires.

A l'appui de ces conclusions nous citerons le cas d'une femme envoyée dans le service le 18 mai 1895 pour un chancre mixte (inocul. posit.). Le 6 août apparition de papules papulo-squameuses à marche excentrique. Effet nul de 7 injections d'oxyde jaune. Le 5 novembre injection de 5 cent. de calomel; marche des accidents enrayée 5 ou 6 jours après la première piqûre; guérison à peu près complète en un mois environ avec 3 piqûres.

M. HALLOPEAU résume ainsi qu'il suit ses conclusions : les injections hypodermiques de sels solubles doivent être définitivement abandonnées, car elles sont trop douloureuses pour que l'on puisse les pratiquer à doses suffisantes; il serait dangereux d'employer la cocaïne pour atténuer cette douleur; les injections hypodermiques d'huile grise sont peu dangereuses si l'on s'en tient à des doses modérées; on peut leur reprocher de ne pas permettre de graduer journellement la dose du médicament; elles doivent être réservées aux services hospitaliers dans lesquels il est nécessaire d'assurer l'administration du médicament et aux sujets qui ne peuvent se traiter chez eux; les injections de calomel ont le grave inconvénient d'être souvent très douloureuses; ce fait doit suffire à les faire rejeter de la pratique courante; elles doivent être réservées aux cas dans lesquels une intervention énergique et immédiate est indiquée ainsi qu'aux manifestations rebelles de la syphilis; elles peuvent être alors efficaces alors que les autres moyens ont échoué; la réciproque est vraie; on devra essayer de les remplacer par les frictions sus-pubiennes qui sont particulièrement actives; ces injections, alors même qu'elles sont pratiquées avec les précautions les plus minutieuses, peuvent donner lieu à des abcès; les nodosités consécutives aux injections de sels insolubles peuvent constituer des lieux d'élection pour les manifestions ultérieures de la maladie.

SOCIETÉ MÉDICALE DU VII^e^ ARRONDISSEMENT

Séance de décembre 1895. — Présidence de M. HALLÉ.

Le procès verbal de la précédente séance est lu et adopté : La correspondance comprend : 1° Une lettre d'excuse de MM. Sottas père et fils ; 2° Une lettre de démission de M. Chaput, dont la Société prend acte tout en regrettant qu'il ne soit pas donné de motifs de cette détermination ; 3° Une lettre de démission de M. Martin-Lauzer, acceptée également.

L'ordre du jour amène la discusion sur les polycliniques : à l'unanimité la Société se prononce contre toute subvention accordée par le Conseil municipal aux polycliniques ; à l'unanimité aussi elle admet que les polycliniques portent préjudice au corps médical.

M. le secrétaire général transmettra ces deux votes à la cinquième commission.

La Société consultée sur les inconvénients du biberon à long tube estime qu'il n'y a pas lieu de discuter cette question déjà jugée par l'Académie.

Les élections du bureau pour 1896 donnent les résultats suivants :

Président : M. Le Bec ; vice-présidents : MM. Leroux et Valude ; trésorier : MM. Alibert ; secrétaire général : M. Toledano ; secrétaires annuels : MM. Monnier et Sottas fils.

La séance est levée.

Dr MONNIRR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mars 1896. — Présidence de M. CH. MONOD

Sérothérapie dans le tétanos. — M. BROCA. Je veux ajouter un fait négatif d'insuccès par le traitement de sérum antitétanique. Un petit malade à Trousseau fut pris de tétanos et malgré une injection faite immédiatement, la mort survint néanmoins.

M. DELORME. J'ai eu l'occasion de voir un cas de tétanos aigu qui a été traité par MM. Vaillard et Roux, par une injection de sérum antitétanique et qui mourut le soir même.

Des adhérences du péritoine à la symphyse dans la taille hypogastrique. — M. Rollet (de Lyon) réunit trois observations. Dans l'une, il s'agissait d'un prostatique atteint de rétention d'urine, on fait une ponction et on laisse une canule à demeure. La taille hypogastrique est faite et on constate une adhérence du péritoine. Dans la seconde, dans une cystotomie sus-pubienne pour un calcul infecté, on trouve de même une adhérence sus-pubienne; la guérison fut parfaite. Dans la troisième, rétention aiguë d'urine

putride, le cathétérisme est impossible et on fait une fausse route. Dès lors on fait l'incision sus-pubienne qui permet de constater l'adhérence sus-pubienne. Après une réfection de l'urèthre, la fistule sus-pubienne se guérit et depuis ce temps la guérison se maintient.

M. Picqué, qui fait un rapport sur ces trois cas, relève la rareté du fait de la présence du péritoine au-dessus du pubis. Aussi je conclurai qu'il peut se présenter des cas où le péritoine ne présente pas sa disposition normale, ce qui l'expose à une blessure au moment de la ponction ou de la taille.

La ponction que nous avons rendue pratique, courante chez les aliénés, M. Pozzi et moi, est un adjuvant utile et doit être conservée.

M. Rollet a de plus adressé une observation de *Froissement hydatique dans les kystes du foie*, perçu à l'examen clinique chez un jeune enfant de 13 ans, portant une énorme tumeur du foie.

Après la laparotomie on enleva 5 vésicules hydatiques et la guérison s'opéra rapidement.

M. Bazy. Je crois qu'il ne faut pas confondre l'adhérence du péritoine à la symphyse avec la disposition anormale qui fait que le péritoine descend trop bas. Dans ce dernier cas il est possible de relever la séreuse et de passer au-dessous d'elle pour atteindre la vessie sans blesser le péritoine.

Déplacement traumatique du nerf cubital en avant de l'épitrochlée. — M. Schwartz. Un jeune homme a eu le bras saisi dans l'écrou d'une machine, pendant qu'il était en flexion sur l'avant-bras. La peau fut ramenée en arrière, et déchirée en avant. Quelques instants après, lourdeur et pesanteur, avec picotement et brûlure sur le trajet du cubital (petit doigt et annulaire). Aucun phénomène de paralysie. On se contente d'une compression douce. Toul guérit en apparence et 1 mois après on retire l'appareil. Il veut reprendre son travail, mais il commence à éprouver des picotements dans le petit doigt et des commotions comme électriques. A ce moment il se rendait compte d'une corde qui se déployait au niveau de son coude et coïncidait avec l'extension brusque de l'avant-bras sur le bras. Il revint nous trouver. Au niveau du brachial antérieur, existait une cicatrice, trace de la plaie par éclatement. Vers la gouttière épitrochléenne on ne trouve pas le cordon formé par le cubital. Mais en avant et en dehors de l'épitrochlée, on sent un cordon très douloureux à la pression et avec fourmillement dans les deux derniers doigts. En le saisissant, on peut ramener le cordon à sa place, mais dès qu'on le lâche, il ressaute en avant.

Il s'agissait d'un nerf cubital déplacé et altéré, puisqu'il était augmenté de volume et atteint extérieurement de névrôme. Je proposai une intervention qui, en 1888, a été proposée par Poncet (de Lyon). Je mis le nerf à nu, constatai qu'il était situé en avant et en dehors de l'épitrochlée, atteint de névrôme et qu'en étendant le bras, il se logerait dans la jonction épitrochléenne pour l'abandonner ensuite. Je disséquai un lambeau aux dépens de l'aponévrose épitrochléenne, et pus le rabattre en mettant le nerf dans sa position, en le suturant à l'olécrâne. Le bras fut immobilisé à angle droit. La cicatrisation faite, le nerf resta en place, mais il ressent encore des douleurs quand il fléchit les deux derniers doigts qu'il compare à des douleurs d'étirement du nerf.

Le premier fait que j'ai trouvé de luxation date de 1851 (Blackmann) chez un malade qui faisait des barres parallèles et présente les mêmes symptômes que ceux présentés par mon malade. Depuis 9 autres faits ont été publiés, j'ai cité celui de Poncet (1888); puis Raymonenq, élève de Poncet, en réunit 5 dans un travail dont un était un fait de luxation habituelle du cubital, tenant à une mobilité anormale du cubital comme dans le cas de Zuckerkandl.

Je n'insiste pas sur l'historique de la question. Quel mécanisme a été invoqué? Un certain nombre d'expériences ont été faites par Raymonenq, environ 300. Mais il y manquait toujours la contraction musculaire brusque.

Il a cependant trouvé deux facteurs importants, une atrophie notable de l'épitrochlée et surtout le volume du triceps brachial. Le faisceau interne joue un rôle important et s'il est volumineux, il remplit par sa contraction la gouttière du cubital et chasse celui-ci de sa place normale. C'est, en effet, dans les cas de contraction violente du triceps que se fait la luxation.

Hannequin, dans un mémoire important sur le mécanisme de cette luxation, a regardé pendant une opération la contraction du faisceau interne, et constaté l'action de ce faisceau. Aussi a-t-il fait avec avantage la résection de ce faisceau.

Zuckerkandl explique la facilité de la luxation en considérant que dans la flexion l'avant-bras efface l'angle obtus naturel externe du bras et de l'avant-bras, de sorte que le nerf, par sa partie moyenne, est ramené en dedans par la traction de ses deux extrémités inférieure et supérieure. Dans un cas avec fracture, l'angle s'était transformé en angle inverse, il y avait un avant-bras ouvert en dedans et il put constater l'action de cette déviation dans la luxation du cubital.

Dans nombre d'observations, on constate que le nerf n'a pas augmenté de volume ; souventes fois, au contraire, comme dans mon fait, il y a un véritable névrôme, aussi le pronostic est alors beaucoup moins favorable, et on doit le réserver. Le retour intégral des fonctions ne se fera que beaucoup plus lentement.

Quant au traitement, on s'est longtemps contenté de l'immobilisation et du maintien avec des compresses graduées, ce qui a parfois suffi. Mais Hannequin, Poncet et moi avons été forcé de recourir à l'intervention sanglante, découvrir le nerf, refaire la gouttière olécranienne, remettre le nerf en place et l'y maintenir avec un lambeau fibreux pris dans le voisinage.

M. Quénu. Dans toutes les observations, il y a eu presque toujours plaie ou entorse du nerf. Celui-ci présentait presque toujours de la névrite.

Les opérations ont été dirigées contre les déplacements. Mais n'est-ce pas le facteur névrite qui joue le rôle important dans les symptômes.

Dans ces cas de Zuckerkandl qu'il appelle des luxations habituelles et que j'appellerai congénitales, il n'y a pas de douleurs, et j'ai vu un cas de ces luxations ; or il n'y a pas de douleurs, et il n'y a pas lieu d'intervenir.

M. Delorme. Cette luxation n'est pas aussi rare que le disent nos classiques J'en ai observé plusieurs cas dans des faits de luxations du coude, leur gravité a été très légère et la guérison s'est faite assez rapidement et spontanément.

M. Poirier. On a invoqué deux mécanismes, le gonflement du faisceau intérieur du triceps; or ce serait dans

l'extension que devrait se faire la luxation, et M. Schwartz vient de nous dire que c'était dans la flexion.

La forme de l'épitrochlée a un rôle plus sérieux. Elle a ou n'a pas de sillon creusé plus ou moins; dans le premier cas, pas de luxation posible.

Il y a de plus une boucle épitrochléo-olécranienne tendineuse d'insertion; que celle-ci ait l'une de ses attaches rompues et le nerf cubital pourra facilement se luxer.

M. Théoph. Anger. J'ai eu une luxation du coude en 1883 — et je n'ai ni la flexion ni l'extension complète — et dans la flexion j'éprouve des fourmillements dans le petit doigt et l'annulaire. De plus il existe un léger signe d'atrophie des interosseux.

Fibrômes utérins traités par la laparotomie. Hystérectomie partielle ou totale, — Présentation par M. Témoin (de Bourges).

Luxation ancienne de l'épaule réduite au bout de 2 mois 1/2 depuis 7 mois. — Présentation du malade par M. Schwartz.

Luxation de l'épaule compliquée de fracture de l'humérus. Arthrotomie, réduction de la tête à ciel ouvert. Guérison operatoire avec retour limité des mouvements fonctionnels. — Présentation de malade par M. Berger.

Appendice non perforé, réséqué, production d'abcès. — Présentation des pièces par M. Reynier.

Luxation de l'extrémité supérieure du radius. — Présentation du malade par M. Chevassus.

F. Verchère

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de la diarrhée infantile. — On donnera l'acide lactique qu'Hayem conseille comme un remède spécifique de la diarrhée verte infectieuse.

On peut prescrire :

Acide lactique	2 grammes
Sirop de framboises	30 —
Eau distillée	70 —

Ou encore :

Acide lactique	2 grammes
Tannin	50 centigr.
Sirop de grande consoude	15 grammes
Eau distillée	85 —

par cuillerée à café d'heure en heure (Variot).

Extrait de ratanhia	1 gramme.
Elixir parégorique	v gouttes.
Eau de riz	40 grammes.
Sirop de coings	30 —

Une cuillerée à café d'heure en heure (West).

Extrait de bois de campêche	4 grammes.
Teinture de cachou	8 —
Sirop simple	10 —
Eau de fenouil	35 —

Une cuillerée à café trois fois par jour (Archambault).

Sous-nitrate de bismuth	2 grammes.
Laudanum de Sydenham	1 goutte.
Cognac	10 grammes.
Sirop de ratanhia	30 —
Eau bouillie	30 —

par cuillerée à café d'heure en heure.

Eau de menthe	40 grammes
Eau de chaux	20 —
Sirop de cachou	25 —
Laudanum de Sydenham	1 goutte.

par cuillerée à café d'heure en heure.

Eau de chaux ou de Vichy	90 grammes.
Sirop de coings	10 —
Sous-nitrate de bismuth	2 —

(Journ. de clin. et de thérap. infantiles)

VARIÉTÉS

La médecine au Japon

Par M. le Dr Christian

La Société de médecine de Paris a déjà reçu, à différentes reprises, des travaux publiés par la Faculté de médecine de Tokio. Ces travaux, publiés en allemand, imprimés à Tokio même, enrichis de planches et de dessins d'une exécution remarquable, ne peuvent que nous inspirer une haute idée de cette école de médecine du Japon, qui, vieille à peine de quelques années, a su rapidement se mettre au niveau de nos anciennes Facultés d'Europe: on dirait une Faculté allemande transportée de toutes pièces dans l'Empire du Soleil-Levant.

Le fascicule dont vous m'avez demandé de vous rendre compte renferme, outre un mémoire de bactériologie, qui échappe à l'analyse, une relation longue et complète de l'épidémie de peste qui a désolé Hong-Kong en 1894. C'est de ce travail que je me propose d'extraire quelques particularités intéressantes: elles vous démontreront que cette épidémie, si meurtrière, a présenté, dans son début, sa marche, son évolution, un certain nombre de caractères généraux que nous sommes habitués à retrouver dans toutes les épidémies, quel que soit le pays qu'elles ravagent.

Lorsque la peste éclata à Hong-Kong, en avril 1894, le gouvernement japonais s'empressa de prendre quelques mesures de précaution: il imposa aux navires venant de Chine et de la localité infestée une quarantaine de 9 jours, plus tard, de 7 seulement. Il décida également d'envoyer à Hong-Kong une commission médicale, chargée d'étudier sur les lieux mêmes les ravages de la maladie.

De cette mission faisait partie le Dr Oayama, professeur à la Faculté de médecine de Tokio: c'est lui qui a rédigé l'historique que j'analyse. Je dirai tout de suite que, dès les premiers jours, le Dr Oayama a été lui-même atteint de la peste, qu'il a été gravement malade pendant plusieurs semaines, mais que, à peine guéri, il a repris son poste de combat.

Comment la peste a-t-elle été introduite à Hong-Kong On n'a pu le savoir d'une façon précise. Venait-elle de Canton ou d'une des autres villes chinoises en rapport journalier avec Hong-Kong? Tout ce que l'on peut dire, c'est que la peste sévissait depuis plusieurs semaines dans toute la partie méridionale de la Chine, et c'est évidemment de là qu'elle a été importée. Hong-Kong est une ville très importante, très commerçante, dont la population s'est considérablement accrue dans ces dernières années. Elle comptait, au moment de l'épidémie, environ deux cent mille Chinois, entassés les uns sur les autres, mais surtout dans un quartier spécial appelé Taiping-Chan. La description qu'en fait

le docteur japonais dépasse tout ce que l'on peut imaginer à mesure, en effet, que la population augmentait, au lieu de construire de nouvelles maisons dans les quartiers éloignés, tous les arrivants s'entassaient dans les maisons déjà existantes. Telle pièce, qui servait à une famille, était coupée en deux par une cloison horizontale, puis encore par des cloisons verticales, de telle sorte qu'elle abritait, non plus une seule famille, mais bien huit ou dix. Avec cela, des fenêtres trop petites, aucune aération, aucun soin de propreté, un oubli de toute hygiène. Croirait-on que dans aucune de ces maisons il n'existe de lieux d'aisance? L'évier de la cuisine en tient lieu; ou bien l'on conserve les déjections jusqu'au matin, et elles sont cherchées alors par des commissionnaires spéciaux qui les portent à la campagne.

Cette incroyable saleté de la population chinoise a été, certes, pour beaucoup dans la propagation de l'épidémie; cependant, elle n'a pas pu agir seule, car la peste ne s'est pas montrée à Macao, ville portugaise en relations continuelles avec Hong-Kong, puisqu'il y a chaque jour deux vapeurs allant d'une ville à l'autre, en quatre heures environ. Et cependant, il existe à Macao une population chinoise qui ne le cède en rien à celle de Hong-Kong, comme mépris de toute hygiène.

La propagation s'est-elle faite par l'eau? Cela paraît encore douteux; car les Chinois ne consomment que de l'eau bouillie.

En somme, on ne possède que des données fort incertaines sur l'origine et le mode de propagation de la maladie. A côté de faits qui paraissent autoriser l'idée de contagion, il y en a d'autres qui remettent tout en question. Ainsi, dès le début de l'épidémie, le gouvernement anglais chercha des infirmiers parmi les hommes de bonne volonté; 300 soldats de la garnison se présentèrent et furent enrôlés : non-seulement ils soignèrent les soldats, mais c'est encore eux qui furent chargés de la désinfection des logements contaminés. Or, sur ces 300 soldats, 12 seulement prirent la peste, et 2 succombèrent. C'est parmi eux cependant que l'agent contagieux (s'il existe?) aurait dû exercer une action.

Je signalerai encore un fait qui rappelle bien ce qui a été observé dans toutes les grandes épidémies.

Au début, l'autorité anglaise, dans le but d'arrêter la propagation du mal, imagina de créer des hôpitaux flottants et d'y transporter les malades. Il fallut bientôt renoncer à cette mesure si sage : la plèbe chinoise menaçait de se révolter, prétendant que les médecins anglais isolaient ainsi les malades pour les faire mourir, et extraire de leur sang un spécifique qu'ils vendaient au poids de l'or! Il fallut alors se contenter des locaux disponibles dans la ville, les Chinois allant de préférence dans une sorte de lazaret établi dans une verrerie abandonnée. Une photographie jointe au mémoire, donne l'idée de ce que devait être cet hôpital. Dans une sorte de longue galerie dallée sont étendues, pêle-mêle, hommes, femmes, enfants, deux rangées de pestiférés, les uns couchés par terre, les autres sur une natte, tous sans couverture, sans moustiquaires, à moitié nus, c'est un spectacle effroyable !

Aussi bien l'épidémie sévit presque exclusivement surt les Chinois, et la mortalité fut énorme : sur 2.650 malades, environ, il en mourut 2.450, c'est-à-dire 93 0/0. Toutes les autres nationalités, Japonais, Malais, Indous, Européens furent à peu près épargnées; il n'y eut parmi elles que peu de malades et une mortalité faible.

Le Dr Oayama étudie longuement la symptomatologie, et il relate un grand nombre d'observations très complètes, avec autopsie. Cependant il n'ose pas se prononcer d'une façon certaine sur la nature même de la peste, il pense bien que c'est une maladie bacillaire, mais le bacille reste à trouver d'une manière certaine.

Pour le traitement, il pense que les toniques, les excitants, l'alcool, sont ce qui donne les meilleurs résultats : il croit que, s'il a été sauvé, c'est grâce à cette médication que lui ont appliquée ses collègues.

En résumé, cette relation de la peste de Hong-Kong es un travail très complet, très intéressant, et je serais heureux d'avoir pu vous en donner un aperçu suffisant.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le Conseil génera des Facultés, dans sa dernière séance, a dressé sa liste de présentations pour le décanat de la Faculté de médecine de Paris : en première ligne, M. Brouardel, doyen sortant; en deuxième ligne, M Potain.

Les cours seront suspendus dans les Facultés le jour de la Mi-Carême. Les congés de Pâques commenceront le 29 mars et finiront le 12 avril.

Sont autorisés à la Faculté de médecine de Paris les cours ibres de MM. Bérillon (psychologie physiologique et pathologique), Foveau de Courmelles (électrothérapie) et Verrier (hydrothérapie rationnelle et empirique).

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIENS. Le jury, sous réserves des refus probables, a été tiré le 3 mars et serait ansi composé : MM. Péan, Guéniot, Cruveilhier, Le Dentu, Gérard Marchant, P. Reclus, Déjerine.

Hôpitaux de Paris. — AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. Programme des cours de la Saison d'été. (Année 1896). — 1° cours de médecine opératoire sous la direction de M. le Dr Quénu, directeur des Travaux scientifiques. MM. les Elèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les Cours de médecine opératoire commenceront le lundi 13 avril 1896.

2° Conférences d'histologie. Des conférences sur l'Histologie pathologique continueront à être faites par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les Elèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Le Directeur de l'Administration générale
de l'Assistance publique,
Signé : E. PEYRON.

CONCOURS POUR DEUX PLACES D'ACCOUCHEUR. — Ce concours sera ouvert le lundi 4 mai 1896, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à 3 trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert l lundi 30 mars 1896, et sera clos définitivement le vendred 17 avril, à trois heures.

Faculté de médecine de Lille. — Par décret, en date du 22 février 1896 : M. Curtis, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale à ladite Faculté.

M. Laguesse, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur d'histologie à ladite Faculté.

M. Combemale, professeur de thérapeutique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

Ecole de médecine d'Angers. — M. le professeur Legludic est maintenu dans ses fonctions de directeur de ladite Ecole.

Ecole de médecine de Besançon. — Un concours s'ouvrira, le 27 juillet 1896, devant l'Ecole de médecine de Besançon, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite Ecole.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Dijon. — Un concours s'ouvrira, le 27 juillet 1896, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Dijon.

Les registres d'inscriptions seront clos un mois avant l'nuverture dudit concours.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Léger est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Rennes. — Un concours s'ouvrira, le 16 juillet 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Un concours s'ouvrira, le 16 juillet 1896, devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite Ecole.

Les registres d'inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Conférence d'externat. — MM. Herbat, Lardennois, Le Fur, internes des hôpitaux, ont commencé une conférence d'externat à l'amphithéâtre Cruveilhier (*Ecole pratique*) et la continueront tous les vendredis à 3 h. 1/2.

Hôpital Tenon. — M. Bazy. — Consultation des Maladies des Voies urinaires, mardi et samedi, 9 h. 1/2. Après la consultation, Conférences au lit du malade.

Service de santé militaire. — Les arrondissements d'inspection générale du service de santé seront inspectés en 1896 par les inspecteurs généraux du corps de santé militaire dont les noms suivent :

1er arrond. (gouvernement militaire de Paris), le méd. insp. gén. Dujardin-Beaumetz.

2e arrond. (division d'occupat. de Tunisie), le méd. insp. Mathieu.

3e arrond. (1er et 6e corps), le méd. insp. Boisseau.

4e arrond. (11e, 16e et 18e corps), le méd. insp. Morache.

5e arrond. (7e, 9e et 12e corps), le méd. insp. Kelsch.

6e arrond. (4e, 5e et 10e corps), le méd. insp. Chauvel.

7e arrond. (15e corps), le méd. insp. Debaussaux.

8e arrond, (2e et 7e corps), le méd. insp. Emery-Desbrousses.

9e arrond. (8e, 13e et 14e corps et gouv. milit. de Lyon), le méd. insp. Nogier.

Arrond. pharmaceutique (5e 7e 14e et 15e corps, moins la Corse), le pharm. inspect. Marty.

Les étudiants étrangers. — M. G. Berry, deputé de Paris vient de déposer la proposition suivante :

Article premier. — Tout étudiant qui s'inscrira dans une Faculté des sciences pour poursuivre des études médicales, après l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, devra avoir été reçu aux examens des baccalauréats français.

Art. 2. — Nul ne pourra se présenter au concours d'internat des hôpitaux, ni être attaché comme médecin à un service public dépendant des communes, des départements ou de l'Etat, s'il n'est Français ou naturalisé Français.

Dans l'exposé des motifs qui précède cette proposition, M. G. Berry rappelle que les étudiants étrangers ne se trouvant pas soumis aux mêmes obligations que nos compatriotes, ces derniers sont par suite en état d'infériorité préjudiciable à leurs intréêts.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 23 février 1896, ont été nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins de deuxième classe de la marine Boury et Bailly. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine de La Barrière, Lanteaume, Lamy, Nieslen, Thomas, Dubruel, Deschamps et Sambuc.

Infirmerie de Saint-Lazare. — Le concours de l'internat de Saint-Lazare s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Poulain, Bouchard, Boirson, Siburt, Vaslet de Fontaubert et Ganière.

Internes provisoires : MM. Hitié, Gassier, Robin, Lucas, Judot de Lacombe et Lourié.

Asiles d'aliénés. — Un concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Lille, à Lyon et à Montpellier, le 5 mai prochain ; à Toulouse, le 8 mai ; à Paris, à Bordeaux et à Nancy, le 11 du même mois.

Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès qui pouront être déclarés admissibles est fixée à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille et trois pour chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy, Montpellier et Toulouse.

Les docteurs en médecine satisfaisant aux conditions et qui désirent subir les épreuves du concours devant le jury qui fonctionnera dans l'une ou dans l'autre des régions, devront adresser leur demande, sur papier timbré, au Ministère de l'Intérieur, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 1er bureau, de manière à ce qu'elle y soit parvenue dans la journée du dix avril prochain, avant cinq heures, dernier délai de rigueur.

Cette demande, qui devra indiquer la région dans laquelle le candidat veut subir le concours, devra être accompagnée des pièces ci-après : 1° Acte de naissance ; 2° Certificat constatant que le candidat a accompli le stage d'une année au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé

consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme interne nommé au concours dans un hôpital ; 3° Diplômes, états de services, distinctions obtenues :

Les candidats qui seront autorisés par le ministre de l'intérieur à prendre part au prochain concours en seront prévenus officiellement et recevront également les indications nécessaires au sujet du lieu où siégera le jury d'examen et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

Pension Pasteur. — Par décret, en date du 19 février 1896, la pension civile de 25,000 francs, concédée à titre de récompense nationale à M. Louis Pasteur, par la loi du 2 août 1883, sera reversée en totalité sur la tête de Mme Laurent (Marie-Anne), veuve Pasteur, née le 15 janvier 1826, à Clermont-Ferrand. Cette pension, non soumise aux lois particulières du cumul, sera ordonnancée dans le département de la Seine, et la jouissance en commencera à courir du 29 septembre 1895, lendemain du décès de M. Pasteur.

Médecins conseillers généraux. — M. le Dr Maillard vient d'être élu membre du Conseil général de la Meuse.

Banquets médicaux. — Il devient de plus en plus à la mode d'offrir un banquet à ceux de nos confrères qui viennent d'être l'objet d'une distinction quelconque.

L'invidia medicorum pessima n'est donc pas si pire que cela. Nous avons annoncé le mois dernier les banquets offerts à MM. Lancereaux, René Blache et Leblond. Vendredi dernier, les élèves et les amis de M. Marcel Briand, médecin de l'asile de Villejuif, lui offraient chez Foyot, sous la présidence de M. Magnant, à propos de sa nomination dans la Légion d'honneur, un banquet qui a été marqué par la plus franche cordalité.

Maison pour médecins. — L'*Union médicale du Canada* nous apprend qu'un médecin de San Francisco vient de faire construire une maison occupée exclusivement par des bureaux de médecins. Au rez-de-chaussée, officine de pharmacie ; en sous-sol, bains médicinaux où le public n'est reçu que sur prescription du médecin. Laboratoire, bibliothèque, salle d'opérations. Onze médecins et un dentiste sont déjà installés.

Nous sommes persuadé qu'une maison de ce genre, établie dans le centre de Paris, aurait un très grand succès.

Nos confrères pourraient ainsi payer un loyer beaucoup moins élevé, une patente moins écrasante, et au lieu d'un appartement ruineux dans Paris, avoir une jolie petite maison dans les environs, ce qui serait le rêve de beaucoup.

Journaux de médecine. — Le *Praticien*, journal mensuel dirigé par le Dr Gorecki, prend comme sous titre « Le Médecin de réserve, organe du corps de santé de la réserve et de l'armée territoriale ». Nous souhaitons plein succès à notre confrère dans cette nouvelle transformation.

Statistique des étudiants en médecine. — Dans les documents annexés au rapport de M. Poincarré, sur le projet de loi relatif à la constitution des Universités, on trouve une statistique qui montre à la fois le nombre toujours croissant des étudiants et le nombre infime des élèves de plusieurs Ecoles secondaires. Nous prendrons seulement les chiffres à dix ans de distance :

	1885	1895
Paris	4.284	4.149
Besançon	15	33
Bordeaux	408	796
Caen	25	33
Clermont	23	38
Dijon	30	45
Grenoble	23	33
Lille	125	305
Lyon	395	914
Marseille	53	151
Montpellier	230	574
Nancy	127	312
Poitiers	27	24
Rennes	49	105
Toulouse	97	331
Amiens	33	27
Angers	21	85
Limoges	22	78
Nantes	67	203
Reims	32	48
Rouen	24	74
Tours	20	38
Alger	33	124
Totaux	6.163	8.535

(*Conc. méd.*)

Mariage. — Mlle Marie-Claudine Charcot, fille de feu le professeur Charcot, épouse M. Alfred Edwards, ancien directeur du journal le *Matin*.

Une indigente fortunée. — Une femme ayant séjourné à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, au compte de l'Assistance, pendant un temps tel que son traitement a occasionné une dépense évaluée à une quinzaine de cents francs, fut gratifiée à sa sortie, d'une jambe de bois.

Quelque temps après, le fournisseur qui, — par pitié pour cette femme et pour épargner les fonds des contribuables, avait livré son appareil, malgré les qualités de sa confection, au prix de 200 francs, — ayant eu l'occasion de se rendre dans le village, près de Luchon, où elle habitait, demanda au premier paysan qu'il rencontra s'il ne connaissait pas une indigente à laquelle on avait amputé la cuisse à Toulouse.

— Une indigente, non, rèpondit le paysan, mais il y a en effet une malade, *la plus riche d'ici*, qui a été opérée à Toulouse, comme vous le dites.

Le fabricant, fortement interloqué, se rendit à la ferme indiquée et trouva l'*assistée* dans un milieu qui ne la dénotait pas *privée de ressources*.

— Ah ! c'est vous, lui dit-elle, qui avez fait cette jambe ! Elle est très commode, je m'en sers fort bien, mais elle n'est pas élégante. Il lui faudrait un pied, un mollet, comme à celle de ces grands messieurs, opérés comme moi, qui viennent à Luchon. N'en faites-vous pas comme ça ?

— Sans doute, répondit le fabricant, mais aux indigents on donne un appareil simplement utile, car l'assistance ne peut et ne doit pas dépenser 1200 francs pour un but de luxe.

— 1.200 francs ! je puis les dépenser moi, faites-m'en une !

Le fabricant, stupéfait, et ayant pris des renseignements sur la solvabilité de cette *privée de ressources*, fit l'appareil de 1.200 francs, que l'*indigente* lui a payé immédiatement après livraison.

Nous tenons ce récit d'une source très autorisée. Du reste, en faisant une enquête, qui s'impose, près des fournisseurs de l'hopital, une maison de Lyon, paraît-il, il sera facile de vérifier son exactitude. » *(Bulletin d'oculistique de Toulouse)*

Cela prouve que les administrations hospitalières sont partout les mêmes et que les gogos se développent à Toulouse aussi bien qu'à Paris.

La mortalité à Paris. — *Résumé de la 9e semaine.* Le service de la statistique municipale a compté pendant la 9e semaine (du 23 au 29 février), 1,029 décès, chiffre inférieur à la moyenne ordinaire de la saison 1,131, et au total de la 8e semaine (1,077).

La fièvre typhoïde n'a causé que 3 décès (au lieu de la moyenne 11); la rougeole, toujours plus fréquente qu'à l'ordinaire, 28 décès au lieu de la moyenne 13 (et au lieu de 25 pendant la dernière semaine); la scarlatine 3 décès au lieu de la moyenne 4; la coqueluche 5 au lieu de la moyenne 4; la diphtérie a causé 11 décès au lieu de la moyenne 29 (et au lieu de 16 pendant la semaine précédente).

Il n'y a eu aucun décès par variole ni typhus.

On a attribué 7 décès à la grippe ou à l'influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), n'a causé que 23 décès au lieu de 27 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 36.

En outre, 29 enfants sont morts de faiblesse congénitale;

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 157 décès, au lieu de 154 pendant la semaine précédente et au lieu de 210 moyenne ordinaire de la saison; ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit :

Bronchite aiguë : 23 décès (au lieu de la moyenne : 35);
Bronchite chronique : 32 — (au lieu de la moyenne : 47);
Broncho-pneumonie : 46 — (au lieu de la moyenne : 47);
Pneumonie..... 56 — (chiffre identique à la moyenne).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 51 décès dont 39 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 212 décès (au lieu de la moyenne 211); la méningite tuberculeuse : 24 décès; la méningite simple : 27; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 23 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral : 58 décès et les maladies organiques du cœur 70; le cancer a fait périr 56 personnes; enfin, 38 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 7 suicides, chiffre le plus faible observé depuis le commencement de l'année, et 13 autres morts violentes;

On a célébré à Paris 310 mariages.

On a enregistré la naissance de 1242 enfants vivants (637 garçons et 605 filles) dont 870 légitimes et 372 illégitimes. Parmi ces derniers, 46 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 326 enfants, dont 16 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 98 seront nourris au sein et 228 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 87 mort-nés, dont 61 légitimes et 26 illégitimes.

Nécrologie. — Le Dr Sautarel, d'Azay-le-Rideau (Indre-et-Loire). — Le Dr Doué (Pierre), médecin en chef de la marine en retraite, officier de la Légion d'honneur, décédé à Toulon, à l'âge de 64 ans. — Le Dr de Courteix, du Châtelet (Cher), reçu en 1889. — Le Dr Jarriand, de Paris, reçu en 1856, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 26 février.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La photograhie à travers les corps opaques. — Notre confrère *Photo-Revue*, que cette question de la photographie de l'invisible devait plus que tout autre préoccuper. vient de faire paraître un ouvrage destiné à satisfaire la curiosité que les récentes expériences du Dr Rœntgen ont provoquée dans tous les classes de la société. L'auteur, après avoir donné les éléments qu'il est indispensable de connaître pour comprendre la question, y a exposé clairement la théorie des opérations, le mode opératoire et les résultats obtenus; puis, dans un historique très documenté et inédit, il a exposé les diverses manifestations électriques observées depuis les époques les plus reculées jusqu'à nos jours et qui ont un rapport réel avec la découverte en question. Enfin, il a montré que des savants, et entre autres plusieurs de nos compatriotes, avaient prévu les résultats obtenus aujourd'hui et réalisé des expériences que le Dr Rœntgen n'a fait que reprendre en adoptant des dispositifs plus étudiés qui lui ont permis d'obtenir des effets plus considérables.

La photographie à travers les corps opaques forme un volume illustré de 16 gravures, et est en vente au prix de 2 francs, chez Charles Mendel, 118, rue d'Assas, et chez tous les libraires.

Résultats de l'examen de dix mille observations de hernies, par Paul Berger, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, (1 vol. in-8°, 4 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

VIN AROUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.**

PHTHISIE, BRONCHITE, CATARRHES traités par l'*Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. — **Anémie, chlorose** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie, Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chanchat